



č.j.: 5/55/1501433-2025-1

Domov F.A.Skuherského, z.ú.

Tyršova 683

517 73 Opočno

Dodatek č. Z/SL/2025

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03

IČO: 47114975

zastoupená na základě pověření generálního ředitele

Mgr. Martin Sýkora, ředitel/ka pobočky VoZP ČR, Pobočka Hradec Králové

adresa: Hradec Králové, Malé náměstí 11/27, PSČ 500 03

telefon: 495 000 819, e-mail: [REDACTED] datová schránka: rcbf5x6

(dále jen „Pojišťovna“)

a

Domov F. A. Skuherského, z. ú.

se sídlem: Opočno, Tyršova 683, PSČ 517 73

IČO: 09618724, IČZ: 66391000

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Zvláštní smlouvě o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby č. **050542222**

(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro: **zvláštní ambulantní péče v pobytovém zařízení**

Článek I.

1. Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), že úhrada hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem v oboru **zvláštní ambulantní péče poskytovaná podle § 22 písm. e) Zákona v zařízeních pobytových sociálních služeb (odbornost 913)** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena podle dále uvedených ujednání.
2. Seznamem výkonů se rozumí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Mezinárodní klasifikací nemocí se rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění.
3. Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec Pojišťovny, který byl Poskytovatelem v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen alespoň jednou. Pokud byl pojištěnec Poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny pouze jednou.
4. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet unikátních pojištěnců spočte jako součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců Pojišťovny se započítává pouze jednou.
5. Referenčním obdobím se rozumí rok 2023.

Článek II.

1. Výše úhrady se sjednává podle seznamu výkonů úhradou za Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané výkony s hodnotou bodu ve výši **1,22 Kč**.
2. V případě, že podíl počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních

pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, bude hodnota bodu navýšena o **0,02 Kč**.

3. Celková výše úhrady Poskytovateli v hodnoceném období nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max \left\{ PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1..m} PUM_{ho,j} \right) * 1,18 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + ZUM_{ho} + ZULP_{ho} \right\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$	je počet Poskytovatelem vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly unikátnímu pojištěnci j poskytovány hrazené služby v hodnoceném období,
KN	je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1,00 v ostatních případech,
PB_{ho}	je počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období,
HB_{min}	je minimální hodnota bodu, která se sjednává ve výši 1,01 Kč,
ZUM_{ho}	je hodnota Poskytovatelem vykázaného a Pojišťovnou uznaného zvlášť účtovaného materiálu v hodnoceném období,
$ZULP_{ho}$	je hodnota Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků v hodnoceném období,
$\max$	je funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší,
j	nabývá hodnot 1 až m , kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období,
$PMUP_{ref}$	je průměrná měsíční úhrada Poskytovateli za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1..n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref}	je úhrada Poskytovateli za výkony, zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období,
$PUM_{ref,i}$	je počet Poskytovatelem vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly unikátnímu pojištěnci i poskytovány hrazené služby v referenčním období,
i	nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v referenčním období.

4. Pokud Poskytovatel v hodnoceném nebo referenčním období poskytl hrazené služby 30 a méně pojištěncům Pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
5. Do referenčního období budou zahrnuty dávky Poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2024 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2024. Do hodnoceného období budou zahrnuty dávky Poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2026 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2026.
6. Referenční hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny v případech, kdy došlo ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb nebo byla na základě kontrolní činnosti Pojišťovny část vykázaných hrazených služeb odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu.
7. U Poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo je poskytoval pouze v části referenčního období kratší než 3 kalendářní měsíce, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. V případě, že Poskytovatel v referenčním období poskytoval hrazené služby alespoň 3 kalendářní měsíce, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty Poskytovatele.
8. Předběžná měsíční úhrada se sjednává ve výši odpovídající objemu hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, maximálně však v Pojišťovnou sdělené

výši. Navýšení úhrady podle bodu 2 Poskytovatel obdrží ve vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období.

9. Předběžné úhrady budou finančně vypořádány nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

Článek III.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Hrazené služby poskytnuté před hodnoceným obdobím budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.

Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,24 Kč**. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 článku II se pro hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům nepoužije.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 bodu 1 písm. c) vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025.

Článek V.

1. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro hodnocené období.
2. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy. Nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle § 17 odst. 9 Zákona. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna Dodatek zveřejní.
3. Dodatek uzavíraný v elektronické podobě je vyhotoven v jednom vyhotovení. Dodatek uzavíraný v listinné podobě je vyhotoven ve dvou výtiscích, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jedno vyhotovení.
4. Poskytovatel, který má zřízenou datovou schránku, se zavazuje zaslat Dodatek podepsaný uznávaným elektronickým podpisem nejpozději **do 30. 11. 2025** do datové schránky Pojišťovny **rcbf5x6**. Pojišťovna následně zašle Dodatek podepsaný oprávněným zástupcem Pojišťovny do datové schránky Poskytovatele.
5. Uznávaným elektronickým podpisem se rozumí zaručený elektronický podpis založený na kvalifikovaném certifikátu pro elektronický podpis nebo kvalifikovaný elektronický podpis.
6. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od účinného návrhu.
7. Smluvní strany prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 01.01.2025 do doby nabytí účinnosti. Na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný po celé uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.



Poskytovatel



Pojišťovna